NursRxiv
DOI：10. 12209/issn2708-3845. 20220926002

1例糖尿病性周围血管病合并带状疱疹后遗神经痛患者的护理体会

孙　磊[1]，王翠英[1]，张香菊[1]，申　慧[1]，智　慧[2]，王玉涛[3]，唐　玲[4]
（1. 北京中医药大学东方医院 麻醉科，北京，100078；2. 北京中医药大学东方医院 周围血管科，北京，100078；3. 北京中医药大学东方医院 外一科，100078；4. 北京中医药大学东方医院 护理部，北京，100078）

摘要：本文回顾1例糖尿病性周围血管病合并带状疱疹后遗神经痛患者的镇痛治疗与护理经验。在配合完成镇痛治疗同时，护理人员给予患者心理护理及健康宣教等干预措施，提高患者依从性。

关键词：糖尿病；糖尿病性周围血管病；带状疱疹后遗神经痛；镇痛；心理护理；健康宣教

Nursing of a patient with diabetic peripheral vascular disease complicated with post-herpetic neuralgia

SUN Lei[1]，WANG Cuiying[1]，ZHANG Xiangju[1]，SHEN Hui[1]，
ZHI Hui[2]，WANG Yutao[3]，TANG Ling[4]
（1. *Department of Anesthesiology*，*Dongfang Hospital Beijing University of Chinese Medicine*，*Beijing*，100078；2. *Department of Peripheral Vascular Diseases*，*Dongfang Hospital Beijing University of Chinese Medicine*，*Beijing*，100078；3. *First Department of General Surgery*，*Dongfang Hospital Beijing University of Chinese Medicine*，*Beijing*，100078；4. *Department of Nursing*，*Dongfang Hospital Beijing University of Chinese Medicine*，*Beijing*，100078）

ABSTRACT：This paper reviewed the analgesic treatment and nursing for a patient with diabetic peripheral vascular disease complicated with post-herpetic neuralgia. Based on the analgesic treatment，psychological nursing and health education and other intervention measures were carried out to relieve the clinical symptoms of disease and improve the treatment adherence of the patient.
KEY WORDS：diabetes mellitus；diabetic peripheral vascular disease；post-herpetic neuralgia；analgesia；psychological nursing；health education

带状疱疹后神经痛指带状疱疹皮疹愈合后持续1个月及以上的疼痛，带状疱疹后神经痛是带状疱疹最常见的并发症，也是最常见的周围神经病理性疼痛[1]。手术是诱发带状疱疹的重要原因之一[2]。带状疱疹后遗神经痛临床表现为多种性质的剧烈疼痛，且该病持续时间可长至数月乃至数年，严重影响患者生活质量[3]。即使带状疱疹消退后，仍有约10%～18%的带状疱疹患者可并发后遗神经痛[4-5]，其中老年带状疱疹患者并发后遗神经痛的风险高[6]，50岁以上患者并发率可达50%～70%[7-8]。带状疱疹后神经痛患者的护理过程中，减轻患者的疼痛程度是临床护理的要点[9]。本文回顾1例糖尿病性周围血管病合并带状疱疹后遗神经痛患者的镇痛治疗与护理经验，现报告如下。

1　临床资料

患者女性，66岁，主因“右下肢静脉迂曲扩张20年，加重伴疼痛1周”入院。入院诊断：下肢静脉曲张；下肢血栓性静脉炎；肢体闭塞性动脉硬化；带状疱疹后遗神经痛；糖尿病周围神经血管病。入院后给予患者右下肢大隐静脉高位结扎抽剥术，手术治疗后第2天患者诉头面部剧烈疼痛，无法入睡，严重影响正常生活及睡眠。疼痛视觉

通信作者：智慧，E-mail：1428842191@qq.com

模拟评分(VAS)评分10分。疼痛科会诊后给予患者头面部三叉神经阻滞及甲钴胺及臭氧局部注射治疗3次,并给予患者口服加巴喷丁止痛药。3天后患者VAS评分3分,疼痛症状缓解,患者情绪稳定,可以正常生活及睡眠。

2 护理

2.1 生活起居指导

保持病区环境安静(昼间≤50 dB,夜间≤40 dB)[10]、舒适,避免强烈光线干扰患者的情绪、休息。定时开窗通风,保持病房以及病区周围地面干燥整洁,防止患者摔倒、摔伤。调整病房内温度与湿度,温度保持在约23℃,湿度保持约60%。

嘱患者保持规律作息,避免熬夜,提高自身免疫力。积极控制患者血糖,低糖饮食或富含纤维的早餐可改善糖尿病患者的餐后代谢[11]。通过合理的饮食搭配及烹饪制订个性化的饮食治疗计划,合理分配常量营养元素、微量营养元素,做到饮食多样化、丰富化。同时做到清淡饮食避免者禁辛辣、发物等刺激性食品。此外,建议患者适当运动,告知患者适当运动可提升其睡眠质量[12]。

2.2 皮肤护理

2.2.1 皮肤常规护理:嘱患者穿着全棉质、干净柔软、宽松的衣物,及时更换床单被套等与皮肤长期接触的物品,保持病变部位干燥清洁[13]。建议患者翻身时应动作缓慢,避免疱疹部位摩擦。嘱患者注意保护皮肤,切记瘙痒时勿抓挠皮肤。

2.2.2 治疗部位皮肤护理:患者取健侧卧位,充分暴露治疗部位,护理人员严格实施无菌操作。治疗后患者需保持健侧卧位一段时间,促进药物吸收。保持穿刺部位敷料清洁干燥,护理人员定期观察敷料有无渗血渗液,必要时给予更换敷料。

2.3 疼痛护理

2.3.1 疼痛评估:采用疼痛视觉模拟评分(VAS)量表评估疼痛强度[14],得分越高表示疼痛越严重。对患者的疼痛评估应是动态贯穿治疗过程的,包括首次就诊时、发生疼痛时、镇痛前及镇痛后的30~60 min。

2.3.2 疼痛护理:告知患者正确缓解疼痛的方法,如听舒缓的音乐、聊天等,以转移对疼痛的注意力,护理人员也可以运用心理暗示疗法来帮助患者树立积极乐观的心态,增强患者对疾病治疗的信心,从而缓解疼痛。必要时给予止痛药缓解疼痛,护士告知患者疼痛控制的目的,并且纠正患者错误的认知,提高治疗依从性。疼痛护理的目标是控制疼痛反应,缓解患者因疼痛引起的睡眠形态紊乱和情感障碍[1]。

2.4 用药护理

遵医嘱指导患者用药,目前治疗神经痛一线药物包括钙离子通道剂(普瑞巴林和加巴喷丁)、三环类抗抑郁药(阿米替林)和5%利多卡因贴剂,二线药物包括阿片类药物和曲马朵[15]。注意观察患者用药后反应,并指导患者自我观察药物不良反应。

2.5 心理护理

护理人员需采用通俗易懂的语言告知患者带状疱疹后遗神经痛的发生原因、治疗方法、护理措施以及预期效果等,以亲切耐心的态度积极主动与患者进行交流,增加患者对医护人员的信任。鼓励患者倾诉内心的顾虑,并且给予耐心、细致的解释。护士可以通过多种方式引导患者可采用正确发泄方式释放内心负面情绪,以乐观心态面对疾病,积极配合医护人员的治疗和护理。

2.6 社会支持:通过提高家庭和社会支持,让患者感受到亲情的温暖,可以提高患者治疗疾病的信心,同时有效消除患者负性心理情绪[16]。嘱家属多陪伴患者,增加与患者的交流,确保患者得到足够的情感支持。鼓励患者培养自己的兴趣爱好,积极参加社会活动,提高自身社会归属感。指导老年患者使用网络通讯工具与朋友、家人和或同事联系,以获得有效社会支持,增强社会归属感。

3 讨论

老年带状疱疹后神经痛患者的特点包括皮损范围广、疼痛严重、并发症易感、心理状态较差、疾病相关知识缺乏5个方面。头面部带状疱疹后神经痛引起的皮损易累及至眼、耳、鼻处,可致患者眼部炎症、视力下降、面瘫等;神经性疼痛可引起头痛,影响睡眠和生活质量。对于老年带状疱疹后神经痛患者,有效的护理干预能够减轻疼痛感,提升患者生活质量。科学的饮食起居照护可以提高患者舒适感,确保患者获得充足休息;有效皮肤护理可使皮肤保持清洁、干燥;通过给予患者疼痛护理干预,可有效转移患者对疼痛的注意力,降低疼痛感;通过饮食护理,可确保患者营养摄取,保持饮食中营养成分均衡,从而提高机体抵抗力;通过用药指导护理,教会患者如何观察并记录药后

反应,指导患者自我观察药物不良反应,并根据反馈结果及时调整用药治疗方案;实施有效健康教育干预,能够促使患者提高对疾病、护理治疗的理解与配合,提升对于护理、治疗工作的依从度,达到减轻疼痛程度、降低发作频率的目的,最终降低疼痛对睡眠的影响,提高睡眠质量[17]。

老年患者常合并多种慢性疾病,在治疗护理的同时要兼顾基础疾病对治疗效果的影响。由于疾病所致疼痛及对疾病知识的缺乏,患者情绪常表现为焦虑、紧张不安、甚至出现不配合或拒绝治疗等行为。基于多维度协同的护理干预模式能够提高患者对治疗及护理配合程度,从生理、心理、社会支持等方面多维度、多角度形成高效的护理合力,结合临床护理实践对护理方案进行优化,再根据老年患者的发病部位、体质、心理状况等制定个体化护理方案,及时对护理效果进行评价和反馈,并进行调整护理方案,在缓解疼痛和其他不适症状的同时,提高患者满意度。

利益冲突声明:作者声明本文无利益冲突。

参考文献

[1] 带状疱疹后神经痛诊疗共识编写专家组. 带状疱疹后神经痛诊疗中国专家共识[J]. 中国疼痛医学杂志, 2016, 22(3): 161-167.

[2] MIZUTA K, URAHASHI T, IHARA Y, et al. *Varicella* zoster virus disease after pediatric living donor liver transplantation: is it serious? [J]. Transplant Proc, 2012, 44(3): 780-783.

[3] 白俊萍, 吴秋霞. 疼痛护理干预应用于带状疱疹后神经痛的效果评价[J]. 实用临床医药杂志, 2017, 21(22): 131-132.

[4] 陈裕彬, 粟漩, 冯声旺, 等. 火针联合艾灸对带状疱疹后遗神经痛疼痛改善效果及安全性分析[J]. 中医药临床杂志, 2018, 30(2): 348-351.

[5] OPSTELTEN W, MCELHANEY J, WEINBERGER B, et al. The impact of varicella zoster virus: chronic pain[J]. J Clin Virol, 2010, 48(Suppl 1): S8-S13.

[6] 马冬梅. 中老年带状疱疹患者并发神经痛危险因素[J]. 中国老年学杂志, 2012, 32(19): 4262-4263.

[7] 尹伟欣, 冯书贵, 黄明军, 等. 神经阻滞配合药物治疗带状疱疹后遗神经痛的疗效观察[J]. 中国实用神经疾病杂志, 2009, 12(22): 38-39.

[8] JOHNSON R W, DWORKIN R H. Treatment of *Herpes zoster* and postherpetic neuralgia[J]. BMJ, 2003, 326(7392): 748-750.

[9] 杜玉敏, 任玉娥, 丛海静, 等. 带状疱疹后神经痛的治疗与护理进展[J]. 河北医科大学学报, 2016, 37(4): 493-496.

[10] 朱丽艳, 姜武佳. 噪音管理在人性化医院环境建设中的现状调查及处理策略[J]. 当代护士, 2021, 28(1): 40-42.

[11] 赵连卿. 饮食护理干预对糖尿病血糖控制的影响探讨[J]. 基层医学论坛, 2017, 21(12): 1503-1504.

[12] 温雅婷, 杨涵. 老年头面部带状疱疹中西医结合护理研究进展[J]. 现代医药卫生, 2021, 37(2): 250-253.

[13] 李小宁, 尚云. 黄芪保心汤结合西药治疗冠心病临床观察[J]. 上海中医药杂志, 2003, 37(12): 13-14.

[14] 赵玉会, 付光蕾, 钟媛, 等. 带状疱疹后神经痛评估工具的研究进展[J]. 当代护士, 2021, 28(4): 8-10.

[15] 王家双. 带状疱疹后神经痛临床诊疗中国多学科专家共识解读[J]. 实用疼痛学杂志, 2016, 12(2): 139-142.

[16] MA L Y, WHITE R R, NARAYANAN S, et al. Economic burden of *Herpes zoster* among skilled nursing facility residents in the United States[J]. J Am Med Dir Assoc, 2012, 13(1): 54-59.

[17] 王婷婷, 徐金, 程晨. 远程Teach-back法在带状疱疹后遗神经痛患者中的应用[J]. 中华现代护理杂志, 2021, 27(28): 3896-3899.